

Dor crônica de idosos cuidadores em diferentes níveis de fragilidade

Chronic pain in elderly caregivers at different levels of frailty

Dolor crónico de cuidadores mayores de la tercera edad en diferentes niveles de fragilidad



Daiene de Morais^a
 Mariéli Terassi^a
 Keika Inouye^a
 Bruna Moretti Luchesi^a
 Sofia Cristina Iost Pavarini^a

Como citar este artigo:

Morais D, Terassi M, Inouye K, Luchesi BM, Pavarini SCI. Dor crônica de idosos cuidadores em diferentes níveis de fragilidade. Rev Gaúcha Enferm. 2016 dez;37(4):e60700. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.04.60700>.

doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.04.60700>

RESUMO

Objetivo: Verificar se existe diferença na intensidade da dor crônica de idosos cuidadores frágeis, pré-frágeis e não frágeis.

Métodos: Estudo quantitativo, descritivo, transversal. Foram avaliados 187 idosos, utilizando-se a Escala Multidimensional de Avaliação da Dor e o fenótipo dos cinco componentes da fragilidade. Realizaram-se análises descritivas e comparativas, *Teste de QuiQuadrado de Pearson* e *Teste de Kruskal-Wallis*.

Resultados: 24,1% dos cuidadores eram frágeis, 55,1%, pré-frágeis e 20,9%, não-frágeis. A única variável sociodemográfica diferente entre os três grupos foi a idade ($p=0,03$). A intensidade média da dor de idosos frágeis foi 6,98, de pré-frágeis, 6,38 e de não frágeis, 5,85. Porém, essas diferenças não foram significativas ($p=0,150$).

Conclusões: Não foi possível verificar diferença significativa na intensidade da dor crônica de idosos cuidadores, no entanto, é primordial que haja uma maior atenção dos profissionais de saúde e políticas públicas de atenção à saúde voltadas ao idoso cuidador.

Palavras-chave: Cuidadores. Idoso fragilizado. Dor crônica.

ABSTRACT

Objective: To determine whether there are differences in the intensity of chronic pain of elderly caregivers who are frail, pre-frail and non-frail.

Methods: Quantitative, descriptive and cross-sectional study. The subjects were 187 elderly caregivers evaluated with a Multidimensional Pain Assessment Scale and the Fried Frailty Phenotype Assessment Components. Descriptive and comparative analyzes, Pearson's chi-square test and Kruskal-Wallis test were used.

Results: 24.1% of the caregivers were frail, 55.1% pre-frail and 20.9% non-frail. The only socio-demographic variable that differed between the three groups was age ($p=0.03$). Mean pain intensity values were as follows: frail elderly (6.98), pre-frail (6.38) and non-frail (5.85). However, these differences were not significant ($p=0.150$).

Conclusions: The present study did not find a significant difference in the intensity of chronic pain in elderly. Nevertheless, it is essential that health professionals and health care public policies give special attention to older caregivers.

Keywords: Caregivers. Frail elderly. Chronic pain.

RESUMEN

Objetivo: Determinar si existen diferencias en la intensidad del dolor crónico de los cuidadores de edad avanzada que son frágiles, prefrágiles y no frágiles.

Métodos: Estudio cuantitativo, descriptivo y transversal. Se evaluaron 187 cuidadores de ancianos utilizando Escala Multidimensional de Evaluación del Dolor y el fenotipo de los cinco componentes de la fragilidad. Los análisis descriptivos y comparativos, se utilizaron, prueba de chi-cuadrado de Pearson y la prueba de Kruskal-Wallis.

Resultados: El 24,1% de los cuidadores era frágil, el 55,1% de prefrágil y el 20,9% no frágil. La única variable sociodemográfica que fue diferente entre los tres grupos fueron la edad ($p=0,03$). La intensidad media del dolor de los ancianos frágiles era 6,98, el prefrágil 6,38, y no frágil 5,85. Sin embargo, estas diferencias no fueron significativas ($p=0,150$).

Conclusiones: No fue posible encontrar una diferencia significativa en la intensidad del dolor crónico en ancianos. Sin embargo, es esencial que los profesionales de la salud y las políticas públicas dirigidos a cuidadores ancianos.

Palabras clave: Cuidadores. Anciano frágil. Dolor crónico.

^a Universidade Federal de São Carlos (UFSCAR). São Carlos, São Paulo, Brasil.

■ INTRODUÇÃO

Com a transição demográfica, observa-se uma maior probabilidade de idosos serem cuidados por outros idosos⁽¹⁻²⁾. O aumento da idade pode vir acompanhado de incapacidades e dependências, o que justifica a necessidade da figura de um cuidador⁽²⁻³⁾. Ser cuidador é ser responsável por um doente ou dependente, facilitando suas atividades diárias, como por exemplo, tomar banho, vestir-se, alimentar-se e medicar-se, além de oferecer o suporte físico e psicológico⁽³⁾.

Estudos apontam que a família tem exercido o papel de cuidador principal e ressaltam que esse cuidado é realizado principalmente pelas mulheres, filhas ou esposas⁽¹⁻³⁾. Um estudo realizado com 1.139 idosos em três cidades brasileiras observou que 29,7% dos entrevistados eram cuidadores, sendo em geral mulheres, com idade entre 65 a 74 anos, com baixa renda e com uma maior frequência de relato de insônia quando comparado com os idosos não cuidadores⁽¹⁾.

Uma pesquisa de base populacional realizada na cidade de Campinas (SP), com 689 idosos acima de 65 anos demonstrou que 176 (25%) dos entrevistados relataram estar cuidando ou ter cuidado de outro idoso nos últimos cinco anos. A pesquisa evidenciou que 70,69% eram do sexo feminino; com idade média de 71,8 anos; 79,31% cuidavam do cônjuge; 47,65% relataram médio suporte social, 48,85% eram pré-frágeis e 20,11% apresentavam sintomas depressivos⁽²⁾.

Segundo os estudos, o ato de cuidar pode desencadear o aumento da sobrecarga e o estresse, principalmente nos cuidadores com idades mais avançadas⁽³⁻⁴⁾, como também contribuir para o surgimento da síndrome da fragilidade.

A fragilidade é um estado de vulnerabilidade fisiológica associada ao envelhecimento que resulta de uma reserva homeostática reduzida e dificuldade do organismo de responder adequadamente aos eventos estressores⁽⁵⁾. Os critérios para identificar a síndrome são: perda de peso não intencional (maior que 4 quilogramas) no último ano, autorrelato de exaustão, baixa força de preensão palmar, velocidade de caminhada lenta e baixa prática de atividade física. A presença de três ou mais das cinco características do fenótipo indicam fragilidade e de um ou dois componentes indicam pré-fragilidade⁽⁵⁾.

Cabe ressaltar que idosos classificados como pré-frágeis, além de possuírem maior probabilidade de efeitos adversos, também correm um risco maior de evoluírem para a condição de frágeis. Por isso, intervenções precoces são necessárias para diminuir a progressão da fragilidade, pois estima-se que de 10 a 25% dos indivíduos

acima de 60 anos, que vivem na comunidade, sejam frágeis e nos idosos acima de 85 anos esses percentuais podem chegar a 46%⁽⁶⁾.

Assim como a síndrome da fragilidade, a dor é um dos principais fatores que pode influenciar na diminuição da qualidade de vida e das atividades diárias do indivíduo idoso⁽⁷⁾. A dor crônica em idosos é um problema de saúde pública, pois acarreta a alta demanda de serviços de saúde, fazendo-se necessário diagnóstico, mensuração e avaliação correta pelos profissionais de saúde⁽⁸⁾, especialmente quando se trata de dores referidas por idosos que têm a responsabilidade de exercer o cuidado.

O avançar da idade pode tornar os idosos mais propensos a várias patologias crônicas, presença de dor e de componentes de fragilidade⁽⁹⁾. As duas variáveis podem estar relacionadas e a presença de uma delas pode acarretar no surgimento de outra⁽⁷⁾. Apesar das alterações cognitivas, depressão e perda da massa muscular serem muito comuns em idosos frágeis, a dor é a principal queixa de saúde relatada por esse grupo⁽⁹⁾. Assim, constata-se a importância de investigar as variáveis dor crônica e fragilidade, avaliar seus impactos e promover o tratamento efetivo, sobretudo pelas condições do sistema de saúde no qual os idosos estão inseridos, sendo uma realidade marcada por barreiras e difícil acesso aos serviços de saúde, o que impacta negativamente o controle eficiente dessas variáveis⁽⁹⁾.

A produção de conhecimento nessa temática pode subsidiar uma assistência de enfermagem e multiprofissional integral, proporcionando um atendimento adequado e um cuidado voltado para as necessidades da população idosa a fim de minimizar os impactos negativos nas atividades de vida diária que são decorrentes da dor crônica e dos componentes de fragilidade.

Diante aumento do número de idosos que cuidam de outros idosos, os quais podem ser frágeis ou pré-frágeis, e da constatação de que a dor crônica pode levar o idoso a preencher os componentes da síndrome da fragilidade, questiona-se: há diferenças na intensidade da dor crônica de idosos cuidadores com diferentes classificações no fenótipo da fragilidade? Nesse contexto, o objetivo do presente estudo foi verificar se existe diferença na intensidade da dor crônica de idosos cuidadores que são frágeis, pré-frágeis e não frágeis.

■ MÉTODO

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo de corte transversal, realizado em 14 Unidades de Saúde da Família (USFs) de São Carlos, SP. Os participantes foram idosos com 60 anos ou mais que realizavam o cuidado a outro idoso no

domicílio. Os critérios de inclusão foram: ser o cuidador primário de um idoso que residia na mesma casa, apresentar dor crônica e ser capaz de compreender as questões da entrevista. Foram excluídos idosos que não se encontravam no domicílio em até três tentativas, falecimentos, mudanças de endereço, recusa e situação em que os dois idosos eram igualmente independentes ou dependentes para as atividades básicas de vida diária (ABVDs) e instrumentais de vida diária (AIVDs), identificado em avaliação prévia e com instrumentos validados.

O idoso era definido como cuidador se apresentasse maior independência nas avaliações das ABVDs e AIVDs quando comparado com o idoso que residia na mesma casa. Para tanto, utilizou-se o Índice de Katz⁽¹⁰⁾ para avaliar o desempenho nas ABVDs e a Escala de Lawton para avaliar as AIVDs⁽¹¹⁾. Nesse estudo dor crônica foi considerada aquela com duração igual ou superior a seis meses, de caráter contínuo ou recorrente.

Para captação dos participantes da pesquisa, contou-se com o apoio das USFs, que disponibilizaram listas com 594 endereços em que viviam dois ou mais idosos. Todos os domicílios foram visitados, e após aplicação dos critérios de inclusão, de exclusão e das recusas; a amostra final do estudo com 187 idosos cuidadores que relataram dor crônica. A coleta de dados foi realizada no domicílio dos idosos, por integrantes do Grupo de Pesquisa “Saúde e Envelhecimento” da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar).

Foi aplicada uma Ficha de Caracterização Sociodemográfica e do Cuidado, contendo sexo, situação conjugal, idade, se trabalha fora de casa, escolaridade e renda do cuidador, de quem ele cuida, se considerava a renda suficiente para realizar o cuidado, número de horas diárias dedicadas ao cuidado e se realizou algum curso de formação de cuidador.

A fragilidade foi avaliada de acordo com o fenótipo proposto por Fried et al. (2001)⁽⁵⁾, composto por cinco componentes: 1) Perda de peso não intencional, avaliada pela pergunta “Nos últimos doze meses o(a) senhor(a) acha que perdeu peso sem fazer nenhuma dieta?”. Respostas afirmativas com perda maior que 4,5kg ou 5% do peso corporal preenchem o componente; 2) Fadiga, avaliada por duas questões da *Center for Epidemiological Studies – Depression (CES-D)*⁽¹²⁾ – Com que frequência na última semana sentiu que tudo que fez exigiu um grande esforço? e – Com que frequência, na última semana sentiu que não conseguiria levar adiante suas coisas?. Respostas “sempre” ou “na maioria das vezes” em qualquer uma das questões preenchem o componente. 3) Baixa força de preensão palmar, verificada pela média de três medidas consecutivas de força de preensão manual com a mão dominante, em kg força,

por meio de dinamômetro hidráulico tipo Jamar, Modelo SH5001, fabricado pela SAEHAN[®], Lafayette, Illinois, USA. Idosos que estavam no menor quintil de força ajustados por sexo e Índice de Massa Corporal preencheram o componente fraqueza; 4) Lentidão da velocidade da marcha, indicada pela média de três medidas consecutivas do tempo que um idoso gasta para percorrer 4,6 m no plano. Para aceleração e desaceleração da caminhada, dois metros antes e dois metros depois do percurso foram acrescentados, totalizando 8,6 m de caminhada. Idosos que apresentaram o menor quintil de velocidade ajustado por sexo e média de altura pontuaram para o componente; e 5) Baixo nível de atividade física, indicado pela resposta afirmativa à questão O(a) senhor(a) acha que faz menos atividades físicas do que há doze meses atrás?. Preencher três ou mais, dos cinco componentes do fenótipo caracterizaram o idoso como frágil; um ou dois componentes como pré-frágil, e nenhum como não-frágil.

Para avaliação da dor, foi utilizada a Escala Multidimensional de Avaliação da Dor (EMADOR) Escala Multidimensional de Avaliação da Dor (EMADOR) no qual o participante indica qual é a intensidade de sua dor na última semana numa escala de 0 a 10, sendo que 0 indica “sem dor” e 10 “dor máxima”. O participante também deveria escolher entre dez descritores aqueles que melhor representassem sua dor (deprimente, persistente, angustiante, desastrosa, prejudicial, dolorosa, insuportável, assustadora, cruel e desconfortável). O instrumento contempla também um diagrama corporal no qual o participante indica visualmente os locais da sua dor⁽¹³⁾.

O presente estudo foi autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde de São Carlos (Parecer n. 68 de 20 de setembro de 2013) e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) (Parecer n. 517.182 de 29 de janeiro de 2014). Todos os participantes foram informados dos objetivos do trabalho, consultados sobre a disponibilidade em participar do estudo, assegurados do sigilo das informações individuais e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os dados obtidos foram digitados em um banco no programa *Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows* para realização de: análises descritivas para caracterizar o perfil sociodemográfico, fragilidade e dor dos participantes; Teste de QuiQuadrado de Pearson e Teste de Kruskal-Wallis para comparar a características dos grupos de idosos em diferentes níveis de fragilidade (não frágil, pré-frágil, frágil) e Teste de *Kruskal-Wallis* para comparar a intensidade da dor de idosos em diferentes níveis de fragilidade (não frágil, pré-frágil, frágil).

■ RESULTADOS

Dos 187 idosos cuidadores entrevistados, a maioria era do sexo feminino (80,7%, n=151), casada (88,8%, n=166) e não trabalhava fora de casa (81,8%, n=153). A amostra total tinha média de 68,95 anos de idade, 4,13 anos de escolaridade e renda mensal de R\$756,53.

A partir dos cinco indicadores para avaliar fragilidade⁽⁶⁾, foi possível identificar os grupos frágil, pré-frágil e não-frágil, a saber: 45 cuidadores idosos (24,1%) preencheram de 3 a 5 critérios e foram classificados como frágeis; 103 (55,1%) preencheram 1 ou 2 critérios e foram classificados como pré-frágeis e 39 idosos (20,9%) não preencheram os critérios e foram classificados como não-frágeis. O grupo frágil era mais velho (70,98 anos); e o grupo não-frágil mais jovem (66,23 anos). As análises mostram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos somente para a variável idade (Tabela 1).

Com relação ao cuidado dedicado, a maioria dos idosos cuidava de seu cônjuge (85,0%, n=159) e não considerava a renda suficiente para realizar o cuidado (58,3%, n=109). O tempo médio diário de cuidado dedicado foi de 6,19 horas. Esse cuidado não é especializado, uma vez que a maioria dos cuidadores relatou não ter participado de nenhum treinamento ou curso para cuidar do idoso (96,3%, n=180).

Com relação às características da dor crônica, 39,1% dos participantes classificaram a dor como moderada e 38,6% como intensa. Os principais descritores elencados pelos cuidadores para representar a dor foram: persistente (73,8%), dolorosa (87,2%) e desconfortável (92,5%). As regiões do corpo mais afetadas pela dor foram a região lombar (n=110, 58,8%), membros inferiores (MMII) (n=110, 58,8%) e região dorsal (n=49, 26,2%).

A distribuição e as análises comparativas de proporção dos idosos cuidadores segundo a intensidade da dor percebida e o nível de fragilidade são apresentadas na Tabela 2 e apontam maior proporção de idosos com dor moderada e intensa ($\chi^2=113,722$; gl=4; p=0,000).

Os grupos frágil e pré-frágil não apresentaram diferenças significativas na média da intensidade da dor quando comparados com o grupo não frágil. Apesar disso, as análises comparativas realizadas por meio do teste de *Kruskal-Wallis* não evidenciaram diferenças significativas entre os grupos ($\chi^2=3,792$; gl=2; p=0,150) (Tabela 3).

■ DISCUSSÃO

A partir dos 187 idosos cuidadores entrevistados, foi possível traçar um perfil desta população. Em suma, o cuidador é do sexo feminino, esposa, que não trabalha fora

de casa e com um nível socioeconômico e educacional baixo. Características semelhantes foram encontradas em outros estudos que também contemplam a temática do idoso e cuidador^(1,3,14). Estes dados ressaltam a feminização da velhice e o papel da mulher como cuidadora principal em nossa cultura. Um estudo realizado com cuidadores de idosos com demência observou que 80,9% dos cuidadores eram do sexo feminino, principalmente esposas e filhas⁽¹⁵⁾. As pesquisas demonstram que cuidar dos idosos da família é, portanto, um dos papéis atribuídos à mulher no ambiente doméstico^(3,4,14). As análises do presente estudo mostraram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos para a variável idade, corroborando com os dados de outras pesquisas nacionais e internacionais⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

Os resultados do presente estudo mostram que a maioria dos idosos que dedicam o cuidado ao seu cônjuge, consideram a renda insuficiente para a realizá-lo. Este achado pode pressupor a ideia de que a baixa renda dificulte a tarefa de cuidar^(1,16).

Somada ao processo de envelhecimento, a fragilidade, que é definida pela vulnerabilidade e baixa capacidade para lidar e suportar fatores estressantes, leva ao possível agravamento da condição de saúde e, conseqüentemente, a um elevado número de hospitalizações, gerando maior dependência⁽¹⁴⁾. Neste estudo, metade dos 3.478 idosos foram classificados como pré-frágeis e a outra metade dividiu-se entre as condições de não-frágil e frágil. Esses dados corroboram com outras duas pesquisas nacionais publicadas recentemente⁽¹⁴⁻¹⁶⁾.

Pode-se concluir a partir destes dados, que a tarefa de cuidar é complexa e demanda uma boa saúde do cuidador, no entanto, quando necessário, idosos frágeis e vulneráveis estão desempenhando este papel. Assim, os profissionais de saúde, como enfermeiros, gerontólogos entre outros, devem realizar uma avaliação integral desse idoso, a fim de planejar e executar intervenções com o objetivo de prevenir e diminuir as incapacidades nas atividades diárias e promover o autocuidado.

Além da síndrome da fragilidade, a dor é um fator que pode influenciar negativamente na qualidade de vida do indivíduo idoso⁽⁷⁾. Os estudos sobre dor crônica em idosos residentes na comunidade ainda são escassos na literatura brasileira^(7,18), mas pode-se inferir que o processo de envelhecimento pode tornar o indivíduo ainda mais vulnerável, mediante presença da fragilidade e da dor.

Os dados apresentados sobre a intensidade da dor percebida dos idosos cuidadores, demonstram que a dor foi classificada em sua maioria como moderada (39,1%) ou intensa (38,6%). O estudo longitudinal com dados provenientes do projeto Saúde, Bem-estar e Envelhecimento

Tabela 1 – Distribuição dos idosos cuidadores e comparação segundo nível de fragilidade e as variáveis sexo, situação conjugal, trabalho, idade, escolaridade, renda e análise comparativa entre os grupos. São Carlos, 2014

Grupo Variáveis	Frágil		Pré-frágil		Não-frágil		Total		Análise Comparativa		
	n	%	n	%	n	%	n	%	χ^2	Gl	p*
Sexo									0,099*	2	0,952 ns
Feminino	36	80,0	84	18,4	31	79,5	151	80,7			
Masculino	9	20,0	19	81,6	8	20,5	36	19,3			
Total	45	100	103	100	39	100	187	100			
Situação conjugal									6,237*	6	0,397 ns
Com companheiro	39	86,7	91	88,3	36	92,3	166	88,8			
Solteiro	1	2,2	7	6,8	1	2,6	9	4,8			
Separado	1	2,2	3	2,9	1	2,6	5	2,7			
Viúvo	4	8,9	2	1,9	1	2,6	7	3,7			
Total	45	100	103	100	39	100	187	100			
Trabalha fora de casa									1,090*	2	0,580 ns
Sim	8	17,8	21	20,4	5	12,8	34	18,2			
Não	37	82,2	82	79,6	34	87,2	153	81,8			
Total	45	100	103	100	39	100	187	100			
Idade (anos)									7,007*	2	0,030
Média		70,98		69,09		66,23		68,95			
Mediana		70,00		68,00		65,00		67,00			
Desvio padrão		8,52		6,88		4,60		7,07			
Mínimo		60		60		60		60			
Máximo		91		95		78		95			
Intervalos interquartis											
Q1		63,50		64,00		63,00		63,00			
Q2		70,00		68,00		65,00		67,00			
Q3		77,50		74,00		69,00		73,00			
Escolaridade (anos)									4,835*	2	0,089 ns
Média		3,06		4,40		4,69		4,13			
Mediana		3,00		4,00		4,00		4,00			
Desvio padrão		2,71		3,80		3,90		3,62			
Mínimo		0		0		0		0			
Máximo		16		17		15		17			
Intervalos interquartis											
Q1		1,50		2,00		2,00		2,00			
Q2		3,00		4,00		4,00		4,00			
Q3		4,00		5,00		4,00		4,00			
Renda do cuidador (R\$)									1,888*	2	0,389 ns
Média		380,62		788,71		761,64		756,53			
Mediana		724,00		724,00		724,00		724,00			
Desvio padrão		517,79		868,06		1118,75		856,73			
Mínimo		0,00		0,00		0,00		0,00			
Máximo		2100,00		6500,00		4500,00		6500,00			
Intervalos interquartis											
Q1		150,00		240,00		0,00		0,00			
Q2		724,00		724,00		724,00		724,00			
Q3		805,00		724,00		724,00		740,50			

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

*Qui-Quadrado e Kruskal-Wallis

Tabela 2 – Distribuição dos idosos cuidadores segundo a intensidade da dor percebida e o nível de fragilidade. São Carlos, 2014

Intensidade da dor percebida	Grupos							
	Frágil		Pré-frágil		Não-frágil		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nenhuma (0)	1	2,2	2	1,9	2	5,1	5	9,2
Leve (1 a 3)	3	6,6	6	5,9	6	15,4	15	27,9
Moderada (4 a 6)	14	31,1	47	45,7	12	30,8	73	107,6
Intensa (7 a 9)	18	40	37	35,9	17	43,5	72	119,4
Insuportável (10)	9	20	11	10,7	2	5,1	22	35,8

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

*Teste de Qui-Quadrado de Pearson: $\chi^2=113,722$; gl=4; p=0,000.

Tabela 3 – Análise descritiva da intensidade dor dos grupos Frágil, Pré-Frágil e Não-Frágil

Grupos	Análise Descritiva da Dor				
	Média	Mediana	DP	Mínimo	Máximo
Frágil	6,98	8,00	2,491	0	10
Pré-Frágil	6,38	6,00	2,223	0	10
Não-Frágil	5,85	6,00	2,796	0	10

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

*Teste de Kruskal-Wallis: $\chi^2=3,792$; gl=2; p=0,150.

(SABE), que tem como objetivo identificar as condições de vida e de saúde de idosos residentes em sete cidades da América Latina e Caribe, obteve resultados semelhantes⁽¹⁸⁾. Dos 377 idosos com dor crônica, 45,8% deles relataram sentir dores moderadas e 27,55% sentiam dores intensas⁽¹⁸⁾.

Foram encontrados poucos estudos que utilizavam os descritores do EMADOR, o que dificultou a comparação exata com outros dados. Nesta pesquisa, 73,8% dos cuidadores idosos classificaram a dor crônica como persistente (73,8%), dolorosa (87,2%) e desconfortável (92,5%). Dados semelhantes puderam ser encontrados em um estudo recente que avaliou 46 idosos residentes em Instituições de Longa Permanência⁽⁷⁾. Os idosos classificaram a dor como intensa (30,43%) e o descritor mais citado pelos participantes foi "dolorosa"⁽⁷⁾.

As regiões mais afetadas pela dor, segundo percepção dos idosos cuidadores, foram: região lombar e MMII. As regiões cefálica, pélvica e genital foram as menos citadas. Dados semelhantes também foram encontrados em outra pesquisa, na qual 1271 idosos residentes nas cidades de São Paulo foram avaliados, destes, 25,4% relataram dor na região lombar e 21,9% nos MMII⁽¹⁸⁾.

A presença da dor incapacitante somada às vulnerabilidades biológicas presentes no processo de envelheci-

mento podem contribuir para o surgimento da síndrome da fragilidade. Estudos associam a dor com prejuízo da mobilidade, a fadiga e a diminuição da ingestão nutricional, que são critérios de fragilidade estabelecidos por Fried et al.⁽⁵⁾ e Morley et al.⁽¹⁹⁾. Após analisar os resultados referentes ao objetivo geral deste estudo, observa-se que apesar das análises comparativas não evidenciarem diferenças significativas entre os grupos, há uma lógica coerente em que os idosos do grupo frágil são aqueles que apresentam a maior média na intensidade de dor. O grupo com menor média é o dos não frágeis, seguido pelos pré-frágeis. Estes dados eram esperados partindo do pressuposto de que idosos frágeis podem sentir dores mais intensas.

Os profissionais que atuam na atenção primária a saúde podem contribuir no cuidado a esses idosos cuidadores com propostas pró-ativas, sendo que as estratégias de intervenção sejam elaboradas em conjunto com os familiares, os profissionais e o próprio indivíduo, com uma rede de cuidado integrado e com ênfase no trabalho em equipe⁽²⁰⁾. Como resultados, espera-se uma melhoria na qualidade de vida, na saúde mental e física com o enfoque na prevenção da fragilidade, no controle da dor crônica e da diminuição da sobrecarga que os idosos cuidadores estão expostos.

■ CONCLUSÃO

Os resultados destacam que os idosos cuidadores apresentam principalmente intensidades moderadas e intensas de dor crônica nos diferentes níveis de fragilidade, sendo que os grupos frágil e pré-frágil não apresentaram diferença significativa na média da intensidade da dor quando comparados com o grupo não frágil. A dor crônica acometeu principalmente os membros inferiores e a região lombar dos idosos participantes da pesquisa, devendo ser reconhecida como um agravo à saúde, principalmente referindo-se de uma população idosa que exerce o papel de cuidador.

Vale ressaltar que a tarefa de cuidar pode ser desgastante e trazer vulnerabilidades para o indivíduo que exerce o cuidado, principalmente quando se trata de idosos com dor crônica e que apresentem algum nível de fragilidade.

Os achados do presente estudo nos impulsionam a refletir a respeito do papel da rede de saúde na melhoria da qualidade de vida do idoso que muitas vezes é pré-frágil e exerce o papel de cuidador. A articulação da rede multiprofissional para propor estratégias de enfrentamento para esse idoso exercer o cuidado sem se tornar frágil torna-se extremamente importante.

As variáveis dor e fragilidade são pouco estudadas entre os idosos cuidadores. Tal constatação possibilitou a este estudo trazer um maior conhecimento de possíveis problemas de saúde que estes idosos enfrentam. É primordial que haja uma maior atenção dos profissionais de saúde voltadas a estratégias de ensino, educação, prevenção e controle das dores crônicas e da fragilidade, afim de contribuir para uma melhor saúde física e psicológica da população idosa.

Recomenda-se que outros estudos com delineamentos longitudinais e prospectivos sejam realizados a fim de contribuir no avançando das pesquisas com dor crônica e fragilidade em idosos, visto que não foi possível o emprego desta metodologia no presente estudo.

■ REFERÊNCIAS

- Tomomitsu MR, Perracini MR, Neri AL. Influência de gênero, idade e renda sobre o bem-estar de idosos cuidadores e não cuidadores. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2013;16(4):663-80.
- Neri AL, Yassuda MS, Fortes-Burgos AC, Mantovani EP, Arbex FS, Souza Torres SV, et al. Relationships between gender, age, family conditions, physical and mental health, and social isolation of elderly caregivers. *Int Psychogeriatr.* 2012;24(3):472-83.
- Pavarini SCI. Cognição e fragilidade: um estudo com idosos cuidadores [tese]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2013.
- Gratão ACM, Ventrúscolo TRP, Talmelli LFS, Figueiredo LC, Santos JLF, Rodrigues RAP. Sobrecarga e desconforto emocional em cuidadores de idosos. *Texto Contexto Enferm.* 2012;21(2):304-12.
- Fried L, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2001;56(3):M146-56.
- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa.* Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.
- Pelegri AKP, Siqueira HBOM, Garbi MOSS, Saltarelli S, Souza FF. Evaluation and measurement of pain in the aging process. *Psychol Neurosci.* 2014;7(3):349-54.
- Santos FC, Moraes NS, Pastore A, Cendoroglo MS. Chronic pain in long-lived elderly: prevalence, characteristics, measurements and correlation with serum vitamin D level. *Rev Dor.* 2015;16(3):171-5.
- Rastogi R, Meek BD. Management of chronic pain in elderly, frail patients: finding a suitable, personalized method of control. *Clin Interv Aging.* 2013;8:37-46.
- Lino VTS, Pereira SEM, Camacho LAB, Ribeiro Filho S, Ribeiro Filho T, Buksman S. Adaptação transcultural da Escala de Independência em atividades da vida diária (Escala de Katz). *Cad Saúde Pública.* 2008;24(1):103-12.
- Santos RL, Virtuoso Júnior JS. Confiabilidade da versão brasileira da escala de atividades instrumentais da vida diária. *RBPS* 2008;21(4):290-6.
- Radloff LS. The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Appl Psychol Measurement.* 1977;1:385-401.
- Sousa FAEF, Pereira LV, Cardoso R, Hortense P. Escala multidimensional de avaliação de dor (EMADOR). *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2010;18(1):3-10.
- Lustosa LP, Marra TA, Pessanha FPAS, Freitas JC, Guedes RC. Fragilidade e funcionalidade entre idosos frequentadores de grupos de convivência em Belo Horizonte, MG. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2013;16(2):347-54.
- Novelli MMPC, Nitrini R, Caramelli P. Cuidadores de idosos com demência: perfil sociodemográfico e impacto diário. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo.* 2010;21(2):139-47.
- Neri AL, Yassuda MS, Araújo LF, Eulálio MC, Cabral BE, Siqueira MEC, et al. Metodologia e perfil sociodemográfico, cognitivo e de fragilidade de idosos comunitários de sete cidades brasileiras: Estudo FIBRA. *Cad Saúde Pública.* 2013;29(4):778-92.
- Yang Y, Lee LC. Dynamics and heterogeneity in the process of human frailty and aging: evidence from the US older adult population. *J Gerontol B Psychol Soc Sci.* 2010;65B(2):246-55.
- Dellarozza MSG, Pimenta CAM, Duarte YAO, Lebrão ML. Dor crônica em idosos residentes em São Paulo, Brasil: prevalência, características e associação com capacidade funcional e mobilidade (Estudo SABE). *Cad Saúde Pública.* 2013;29(2):325-34.
- Morley JE, Vellas B, Van Kan GA, Anker SD, Bauer JM, Bernabei R, et al. Frailty consensus: a call to action. *J Am Med Dir Assoc.* 2013;14(6):392-7.
- Linck CL, Crossetti MGO. Fragilidade no idoso: o que vem sendo produzido pela enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm.* 2011 jun;32(2):385-93.

■ Autor correspondente:

Daiene de Morais

E-mail: daienemorais1@gmail.com

Recebido: 08.12.2015

Aprovado: 10.10.2016